***All’Azienda Usl di Modena***

 ***Via San Giovanni del Cantone, 23***

 ***41122 - Modena***

**GRIGLIA QUALITATIVA/DESCRITTIVA DEL SERVIZIO, PERCORSO, INTERVENTO**

**Da compilare per ogni servizio, percorso e/o intervento proposto per l’inserimento nell’elenco**

**Avviso Pubblico per la formazione di un Elenco di** **Soggetti qualificati alla gestione di sERVIZI, percorsi, INTERVENTI SOCIO SANITARI RIVOLTI a PERSONE IN CARICO AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL’AUSL DI MODENA, con progetti finalizzati al recupero E AL MANTENIMENTO di autonomie ed al reinserimento sociale**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’Ente Gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, avente sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF / P IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara la presenza dei seguenti elementi qualitativi/descrittivi del **servizio, percorso e/o intervento**:

**Denominazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sede / indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sezione Elenco del servizio, percorso e/o intervento (segnare con X):**

* **SEZIONE A: “servizi/percorsi/interventi territoriali educativi, socio assistenziali”**
* **SEZIONE B: “servizi/percorsi/interventi nell’ambito dell’abitare”**
* **SEZIONE C: “servizi/percorsi/interventi a prevalente carattere assistenziale o tutelare”**

**Tipologia di servizio, percorso e/o intervento** (es. intervento educativo individuale, gruppo appartamento, casa di riposo, ecc…)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Possibilità di attivare servizi, percorsi e/o interventi contemporanei afferenti anche ad altre sezioni al fine di realizzare il progetto individualizzato della persona?**

**NO SI**

**Se sì, quale sezione? (barrare)**

* **SEZIONE A: “servizi/percorsi/interventi territoriali educativi, socio assistenziali”**
* **SEZIONE B: “servizi/percorsi/interventi nell’ambito dell’abitare”**
* **SEZIONE C: “servizi/percorsi/interventi a prevalente carattere assistenziale o tutelare”**

**Che il servizio, percorso e/o intervento ha:**

* **Autorizzazione al funzionamento**
* **Certificazione per la qualità**
* **Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numero “posti” offerti** (per Sezioni B e C): **\_\_\_\_\_**

**Rapporto operatori/utenti: \_\_\_\_\_**

**Figure professionali presenti in organico** (qualifica e numero):

**Figure professionali aggiuntive e relative attività “integrative”** (per l’area riabilitativa, es. terapista della riab.ne psichiatrica, terapista occupazionale, professionista in attività motorie, fisioterapista, … per l’area artistico espressiva, es. musicoterapeuta, arte terapista,…, per l’area di supporto psicologico, figure con specifiche competenze, es. meccanico, manutentore del verde, cuoco,…):

**Attivita’ formative caratterizzanti il servizio, percorso e/o intervento** (descrivere piano formativo e iniziative maggiormente rilevanti nell’ultimo triennio):

|  |
| --- |
| **Accessibilità** (descrivere accessibilità - mezzi pubblici, trasporto autonomo con macchina):**Caratteristiche “logistiche” oggettive del Servizio** (centro paese/fuori paese, distanza dal centro abitato più vicino alla struttura, presenza di spazi aperti e/o dedicati es. orti sociali, stanze per specifiche attività..)**Giorni e orari di apertura settimanale ed eventuali aperture extra-orario** (specificare eventuali periodi di chiusura / pause estive etc..): **Modalità di accesso e tipologia di frequenza - indicare eventuali flessibilità:** **Breve descrizione dell'organizzazione e della metodologia di presa in carico** (specificare attività/laboratori e modalità es. individuale, gruppo, piccoli gruppi):**Uso di strumenti / tecniche specifici per la facilitazione alla comunicazione:** NO \_\_\_ SI \_\_\_, Se sì quali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Progetti di integrazione con il territorio** (specificare progetti e attività svolte in collaborazione con enti/associazioni e altri servizi della comunità (es. scuole,Comune,aziende private, circoli ricreativi, ..):**Collaborazione con Servizi non afferenti all’Ausl di Modena** (con chi e con quali modalità, esempio: accordi e convenzioni): **Modalità rapporti con la famiglia** (specificare la cadenza degli incontri con i genitori/fratelli e la presenza di eventuali gruppi di mutuo aiuto o di supporto): |

|  |
| --- |
| **Modalità per la stesura e cadenza delle verifiche dei Progetti individualizzati con gli invianti:** **Utilizzo di strumenti e tecniche di pianificazione e di valutazione di progetti individualizzati (specificare quali):****Modulistica utilizzata per la gestione degli ospiti:****Tipologia utenza** (breve descrizione anche in riferimento alle necessità relazionali/bisogni)**:****Caratteristiche utenza (barrare):**maschi \_\_\_ femmine \_\_\_ entrambi \_\_\_cittadini italiani \_\_\_ stranieri \_\_\_ entrambi \_\_\_età media: \_\_\_\_\_**Retta giornaliera al netto dell’IVA e aliquota IVA** (con specifica se diversificata in caso di frequenza modulare) **e servizi inclusi** (descrizione esaustiva e chiara dei servizi inclusi nella tariffa)**:****Eventuali servizi aggiuntivi e relativo costo al netto dell’IVA (specificare aliquota IVA):****Percentuale di decurtazione della tariffa in caso di assenza dell’utente (per ricoveri ospedalieri, soggiorni estivi/invernali, rientri temporanei in famiglia o altre cause di assenza):****Breve descrizione dei servizi/percorsi/interventi possibili all’interno del servizio:**Luogo e data Firma del Legale rappresentante |